

<https://helda.helsinki.fi>

Terveys, ruumis ja sukupuoli feministisessä tutkimuksessa

Ahlbeck, Jutta

k&h, Turun yliopisto, kulttuurihistoria
2012

Ahlbeck , J & Oinas , E 2012 , Terveys, ruumis ja sukupuoli feministisessä tutkimuksessa .
julkaisussa M-L Honkasalo & H Salmi (toim) , Terveyttä kulttuurin ehdoilla : Näkökulmia
kulttuuriseen terveystutkimukseen . 1. toim , Vuosikerta. 2012 , k&h, Turun yliopisto,
kulttuurihistoria , Turku , Sivut 131-166 .

<http://hdl.handle.net/10138/306544>

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

Jutta Ahlbeck ja Elina Oinas

Terveys, ruumis ja sukupuoli feministisessä tutkimuksessa

Kun vatsaa kipristelee, päätä särkee ja lääkärille lähtö pelottaa, tunne on hyvin henkilökohtainen: tämä kipu on vain minun ja juuri minun kokemukseni. Vaikka lääkärin vastaanotolla istuva nainen kokisikin ruumiillisen kipunsa ja ahdistuksensa äärimmäisen yksityisinä, kulttuurintutkimuksen näkökulmasta hänen kokemuksensa on sen kulttuurin läpikäynti, jossa hän elää. Tämä artikkeli tarkastelee sitä, miten ihmisten yksityistä terveyttä koskevat kysymykset koskevat myös yhteiskuntaa ja yhteiskunnallisia kysymyksiä sukupuolesta.

Artikkelissa pohdimme sitä, miten tavat kohdata, käsitellä ja hoitaa yksilön terveyttä ja ruumiillisuutta ovat sukupuolittuneita ja sukupuolittavia sekä poliittisia ja valtaan kytkeytyneitä. Yhteiskunnalliset ja kulttuuriset käsitykset sukupuolesta järjestävät sosiaalista todellisuutta, ruumiitamme ja sitä, miten elämme elämäämme. Terveyttä koskevat kysymykset koskevat aina myös ruumiillisuutta – ruumiit aivan tosiasiallisesti vanhenevat, vuotavat verta ja kuolevat. Terveyttä ja ruumiillisuutta koskeva feministinen tutkimus on moninaista, sillä on erilaisia historiallisia vaiheita ja se on kehittynyt erilaisiksi koulukunniksi, jotka eroavat tavoissaan ymmärtää sukupuoli ja ruumiin materiaalisuus. Artikkelissa kysymme myös, miten erilaiset sukupuolen ymmärtämisen tavat ovat vaikuttaneet siihen *mitä* on tutkittu ja *miten* ja tuomme esimerkkien avulla esiin ajankohtaisia feministisen, pääasiassa yhteiskuntatieteellisen, tutkimuksen tapoja tutkia naisten terveyttä.

Yhteiskuntatieteilijöinä ja sukupuolentutkijoina emme näe sairauden kaltaista ilmiötä universaalina tai yksinomaan lääketieteellisenä tosiasiana emmekä naiseutta tai mieheyttä biologisina tosiasioina. Näemme ne sosiaalisesti ja historiallisesti tuotettuina kategorioina, jotka saavat merkityksensä tietyssä yhteiskunnassa, kulttuurissa ja historiallisessa tilanteessa. Tarkastelemme sairauden ja terveyden määritelmiä yhteiskunnallisesti ankkuroituneina eli ajassa ja paikassa liikkuvina, suhteessa sukupuoleen, rotuun ja luokkaan ja sidottuina erilaisiin valtasuhteisiin ja totuusdiskursseihin, eli totuutta koskeviin puhetapoihin (Foucault 1967; Conrad & Schneider 1980; Lorber 1994; Kangas ym. 2000; Oinas & Ahlbeck-Rehn 2007; Ashorn ym. 2010). Artikkelissa avataan myös niitä näkökulmien eroja, joita sosiaalikonstruktivismin laajan sateenvarjokäsitteen alle mahtuu.

Artikkelimme jakautuu viiteen lukuun. Aluksi käsittelemme sitä, miten sukupuoli on feministisessä tutkimuksessa ymmärretty ja miten erilaiset teoreettiset suuntaukset (sukupuolirooliteoria, *sex-gender*-jako, performatiivisuusteoria ja uusmateriaalisuus) ovat vaikuttaneet terveystutkimukseen. Toisessa luvussa käsittelemme kysymyksiä tiedosta ja vallasta suhteessa tutkimusmenetelmiin ja -metodologiaan ja käymme läpi feministisen tutkimuksen taustaa, erityisesti 1970-luvun poliittista aktivismia ja postmodernia tieteenkritiikkiä. Kolmannessa luvussa esittelemme erilaisia medikalisaatio- ja valtateorioita, kuten Michel Foucault'n vallan käsitettä ja uusmaterialistista näkökulmaa, pohtien niiden käsityksiä ruumiista ja ruumiillisuudesta. Käsittelemme myös intersektionaalisuutta sekä jälkikoloniaalista teoriaa ja pohdimme sitä, miten sukupuolen lisäksi esimerkiksi rotu, etnisyys ja luokka vaikuttavat sekä terveyteemme että tutkimukseen. Neljännessä luvussa nostamme esiin biologististen ja individualististen selitysmallien feminististä kritiikkiä. Päättämme artikkelin pohtimalla, miten terveyttä voi lähestyä sekä kokemuksena, politiikkana että vallan näkökulmasta.

Sukupuoli, ruumis ja terveys

Feministisessä tutkimuksessa sukupuoli toimii analyyttisenä kategoriana, jossa erilaiset teoreettiset ja metodologiset näkökulmat kietoutuvat yhteen. Siksi feministinen tutkimus on usein tieteidenvälistä, mikä koskee myös terveystutkimusta. Feministinen näkökulma problematisoi sukupuolen, toisin sanoen kyseenalaistaa sen oletuksen, että ihmisillä on sukupuoli ja että *he yksioikeoisesti ovat joko naisia tai miehiä*. Nyky-yhteiskunnassa kaikkein keskeisin tapa jaotella ihmisiä on jakaa heidät naispuolisiin ja miespuolisiin, samalla kun nykykulttuuri pyrkii myös kyseenalaistamaan sukupuolen keskeisyyden ja korostamaan tasa-arvoa. Kun vauva syntyy, ensimmäinen kysymys on yleensä: ”Kumpi tuli?” Kaikista tasa-arvopyrkimyksistä huolimatta, sukupuolen merkitys on ratkaiseva yhteiskunnan rakentumisen, organisoimisen ja ymmärtämisen kannalta. Tästä huolimatta sukupuoliero – ja sukupuolen problematisointi – ei ole ollut yhteiskuntatieteiden keskeinen tutkimuskysymys; pikemminkin se on ollut perustavanlaatuisen oletuksen, josta ei ole keskusteltu ja jota ei ole analyyttisesti haastettu (Widerberg 1995).

1960-luvulla näitä kysymyksiä alettiin pohtia vakavasti ja myös Pohjolassa käytiin vilkasta keskustelua naisten ja miesten välisistä eroista. Keskustelun kehyksinä toimi *sukupuolirooliteoria*, josta tuli miesten ja naisten välisen epätasa-arvon suosittu selitysmalli. Sukupuolirooliteoria koski naisten ja miesten erilaisia sosiaalisia rooleja, eli sukupuolirooleja, jotka tarkoittivat naisille erilaisia normeja ja odotuksia kuin miehille (Holmberg ym. 1966; Holter 1970). Sukupuoliroolien ajateltiin vaikuttavan siihen, miten naisten ja miesten terveyttä tarkasteltiin ja miten se kohdattiin ja diagnosoitiin. Vaikutusvaltaisessa *Women and Madness* -teoksessaan, Phyllis Chesler (1972) pohjaa sukupuolirooliteoriaan ja tarkastelee eri oireiden leimaamista naisellisiksi ja miehiseksi sukupuoliroolien mukaan ja osoittaa, että psykiatrinen diagnostiikka seuraa stereotyyppistä sukupuolirooliajattelua. Masennus, paranoia ja ahdistus kuvataan naisellisiksi oireiksi, kun taas miesten kohdalla huomio kiinnitetään päihdeongelmiin, riippuvuuksiin, aggressiivisuuteen ja persoonallisuushäiriöihin (vrt. Ettore

& Riska 1995, 2001; Lorber 1997). Masennus nähdään naisten kohdalla hyväksyttävänä, sillä naisten oletetaan olevan tunne-elämältään hauraampia ja ylipäättään tunteellisempia kuin miesten, kun taas aggressio sopi miehen sukupuolirooliodotuksiin (Ahlbeck-Rehn 2006, 48). Tämä sukupuoli-jako johtaa Cheslerin (1972) mukaan samalla siihen, että naiset diagnosoidaan psyykkisesti sairain huomattavasti useammin kuin miehet – tendenssi, joka länsimaissa on yhä edelleen havaittavissa.

1980-luvulla sukupuolirooliteoriaa alettiin kritisoida liiallisesta pinnallisuudesta ja yksioikoisuudesta. Voiko ”roolista” luopua? Kuka on nainen roolin takana? Kuka tai mitä on roolin taakse kätkeytyvä yksilö? Näihin kysymyksiin oli rooliteorian perusteella vaikea vastata. Sukupuolirooliteorian keskittyminen siihen, mitä naiset ja miehet tekivät (esim. työ- ja perhe-elämässä), teki näkyvämmäksi ne monitasoiset tavat, joilla sukupuoli muotoutuu. Sukupuolirooliteorian merkitystä omana aikanaan ei kuitenkaan voi vähätellä, sillä se osoitti vakuuttavalla tavalla, että sukupuolta ei voi tarkastella vain annettuna, biologisena tosiasiana.

Sukupuolta tuotetaan yhteiskunnan erilaisissa käytännöissä ja sosiaalisissa tavoissa: muun muassa eriväristen vauvanvaatteiden, lainsäädännön, kulttuuristen representaatioiden ja terveydenhoidon kautta. Ottaakseen huomioon yksilöllisen ja sosiaalisen välisen suhteen anglosaksinen maailma otti käyttöön käsitteparin *sex-gender*. Tämän avulla kahden käsitteen välille luotiin ero, jossa ”sosiaalinen” sukupuoli (*gender*) muodostuu ajassa ja paikassa ja ”biologinen” sukupuoli (*sex*) viittaa anatomisiin naisiin tai miehiin. Ruotsissa *gender* käännettiin *genus*-käsitteeksi (ks. esim. Hirdman 2003). Suomessakin käytiin vastaavaa käsitteellistä keskustelua (biologinen ja sosiaalinen sukupuoli) mutta lyhyt muoto ”sukupuoli” on pysynyt myös tutkimuksen käsitteenä (Rossi 2010, 22; Koivunen & Liljeström 1996, 22; ks. myös Saresma, Rossi, & Juvonen 2010).

1990-luvulla alettiin kuitenkin ajatella, että *sex-gender*-jako oli keinotekoinen ja ongelmallinen, koska biologista ja sosiaalista ei uskottavalla tavalla voida pitää analyttisesti erillään (Julkunen 2010). Ongelma oli erityisen selvä terveystutkimuksessa. Ihanteet ja odotukset, joita esimerkiksi naisruumiille asetetaan, toteutuvat

esimerkiksi laihdutuksessa, ehostuksessa, kauneustuotteissa, liikunnassa, ruokavaliossa, ehkäisyssä ja kirurgisissa toimenpiteissä hyvinkin ruumiillisesti (Harjunen 2009). Siksi on mahdotonta sanoa tarkasti, missä ”luonnollinen” loppuu ja ”kulttuurinen” alkaa (Haraway 1991). 1990-luvulta alkaen onkin käyty keskustelua siitä, miten kuvata materiaalisia ja sosiaalisia prosesseja toisiinsa kietoutuneina. Judith Butlerin (1990; 1993) ajatus sukupuolen *performatiivisuudesta* on auttanut terveys- ja ruumiillisuustutkijoita tulkitsemaan sukupuolituneita tai sukupuolitettavia käytäntöjä (Oinas 2001). Butlerin (1990) mukaan sukupuolen luonnollisuus on näennäistä. Sukupuolta ei määrää luonto, vaan sukupuoli tuotetaan päivittäisessä toiminnassa. Sukupuoli nähdään tässä tulkinnassa *tekemisenä* ja erilaisten performatiivien suorittamisena, ei olemisena (Pulkinen 2000).

Poikkeavuuksia koskevat häpeä- ja rangaistusmekanismit ovat tehokkaita tapoja pitää yllä järjestystä, vaikkakin vain ajatuksen tasolla. Esimerkiksi Jennie Westlund (2007) on tarkastellut haastattelututkimuksessaan nuoren naisen rintasyöpäkertomusta Butlerin performatiivisuusteorian kautta. Rintasyövän kohdalla määritykset biologisesta ja sosiaalisesta sukupuolesta kyseenalaistuvat läpikotaisin, sillä näitä ei yksinkertaisesti voi erottaa toisistaan. Jos rintoja pidetään määräävänä piirteenä ”naiselliselle” ja sille, mitä kulttuurissamme merkitsee olla nainen, vihjaa rintasyövän merkitsemä ruumis – jonka fyysiset rajat ovat ylittäneet normit ja vakaan muodon – että ei ole olemassa mitään todellista, autenttisesti ruumiillistunutta sukupuolta. ”Naista, jolta on mastektomiassa poistettu rinta tai molemmat, pidetään edelleen naisena – vai pidetäänkö?” kysyy Westlundin tutkimuksen nuori nainen (2007, 96). Tässä kohdin Butlerin teoriat voivat auttaa meitä ymmärtämään, miten materiaallinen, meidän ruumiimme *sinällään*, ei ole lähtökohta. On kiinnostavampaa tarkastella, mitkä prosessit sääntelevät, kurinalaistavat ja sukupuolitavat ruumiimme ja sanelevat niille merkityksiä. Yhteiskunta ei muovaa vain persoonallisuutta ja käytöstä, vaan myös ruumista ja kuinka ruumiillisuutta eletään (vrt. Jokinen, Kaskisaari & Husso 2004).

Judith Butleriin tukeutuen voidaan väittää, että olemuksellista, ennalta määrättyä ruumista ei ole olemassa. On kuitenkin

selvää, että sukupuolen vaikutukset ovat todellisia – sekä normeina että kokemuksina. Ruumiista tulee todellisia siksi, että niiden kautta tunnemme, koemme, kärsimme ja nautimme. Tämän takia myös ruumiillisuuden, sairauden, kivun ja kärsimyksen *kokemukset* ovat tärkeitä tutkimuskohteita. Esimerkiksi Marja-Liisa Honkasalon (2004; 2008) tutkimukset sydänsairauksien kokemuksista, niin omakohtaisina, arkisina kuin yhteisöllisinä ja historiallisina ilmiöinä ovat olleet kansainvälisestikin urauurtavia. Honkasalo tarkastelee myös miten sairaus ja sen kokemus sukupuolittuvat niin tehdastyössä (Honkasalo 1988) kuin Pohjois-Karjalan tyhjenevällä maaseudullakin (Honkasalo 2008; Honkasalo tässä teoksessa).

Sosiaalikonstruktivistisissa tutkimuksissa on tavallista korostaa, että niissä tarkastellaan materiaalista ja sosiaalista ruumiillisuutta yhtäaikaisesti. Sari Irni (2010) kuitenkin osoittaa, miten tutkimuksella on tapana keskittyä sosiaaliin seikkoihin biologisten kustannuksella. Sen vuoksi Irni (2010) ottaa sukupuolta, ruumista ja ikääntymistä koskevassa tutkimuksessaan lähtökohdakseen uudemman feministisen tutkimussuunnan, jota kutsutaan *uusmateriaalisuudeksi*, erityisesti Karen Baradin tuotannon (1998, 2003, 2007), jossa hän problematisoi biologisen ja sosiaalisen välisiä rajoja ja hahmottelee näkemystä, joka ottaa naisten biologiset ruumiit vakavasti. Barad ei tutki ruumista erillisenä, irrotettuna objektina, vaan tarkastelee, miten ruumiilliset ilmiöt muodostuvat materiaalis-diskursiivisissa kokonaisuuksissa.. Hän pohtii esimerkiksi, miten ultraäänilaitteen ja ruumiin aktiiviset, materiaaliset ominaisuudet vaikuttavat siihen materiaalis-diskursiiviseen kokonaisuuteen, jonka puitteissa amerikkalaista aborttikeskustelua on käyty.

Tieto, valta ja tutkimusmenetelmäkysymykset

Terveyttä koskeva sukupuolisensitiivinen tutkimus pitää sisällään lukuisia erilaisia tutkimusotteita. Suuri ja tärkeä osa tätä tutkimusta seuraa perinteisen kvantitatiivisen tutkimuksen traditiota. Se koettaa paikata aukkoja, joita sukupuolen huomiotta jättäminen on tuottanut ja siihen kuuluu esimerkiksi naisten ja miesten

kuolleisuutta sekä naisten ja miesten välisiä sosioekonomisia eroja koskeva tilastollinen tutkimus. Myös naisten keskinäisten erojen ja terveyden välisen suhteen tutkimusta on pidetty tärkeänä (esim. Roberts 1990; Lahelma ym. 2002). Tällä lähestymistavalla on tärkeä rooli konkreettisissa poliittisissa pyrkimyksissä parantaa naisten ja miesten elinoloja ja mahdollisuuksia työelämässä, eläkejärjestelmissä ja muissa yhteiskunnallisen sääntelyn alaisissa instituutioissa. Myös tilastollinen havainto, jonka mukaan naiset sairastavat enemmän, mutta miehet kuolevat keskimäärin nuorempina, vaatii edelleen huolellista jatkotutkimusta (Riskä 1997, 33–39). Tilastollista tutkimustraditiota on kuitenkin kritisoitu asenteesta ”add women and stir” – eli analyysiin lisätään kategoria ”naiset”, mutta sukupuolten välisiä valtasuhteita, sukupuolen merkityksiä tai kaksisukupuolijärjestelmän mielekkyyttä ei problematisoida. Sukupuolta, ruumiillisuutta ja terveyttä koskevat kysymykset ovat monitasoisia ja vaativat laajan, erilaisia tutkimusotteita sisältävän tutkimuskentän ja tilastollinen tutkimus on tärkeä osa tätä kenttää.

Perinteisen terveystutkimuksen ohelle syntyi 1970-luvulta alkaen kuitenkin myös erityinen, avoimesti feministinen nais- ja sukupuolentutkimuksen oppiaine. Se on osallistunut akateemiseen, postmoderniin keskusteluun tiedosta ja vallasta sekä ollut osa merkittävää yhteiskunnallista vastarintaliikettä eli naisliikettä. Seuraavaksi pohdimme poliittisen aktivismin ja postmodernin tieteenkritiikin vaikutusta feministiseen terveystutkimukseen.

Feministinen tutkimus ja poliittinen aktivismi

Nykytutkimuksen suurena inspiraation lähteenä oli 1960-luvun feministisen aktivismin aalto, jossa ruumiillisuudesta ja seksuaalisuudesta tuli keskeisiä naisten vapautumisen symboleita. Feministinen tutkimus tarttui suoraan suuriin kysymyksiin tiedosta, vallasta ja yhteiskuntajärjestyksestä. Itsehoitoliike, lesbo- ja separatistiliikkeet ja aborttikampanjat heijastuivat tutkimukseen (Schwarzer 1983). Jopa naisten turhautuminen ”vapaaseen rakkauteen”, joka harvoin tarkoitti vapautta tai nautintoa naisille, vaikutti erityisen naistutkimuksen nousuun. Yhdysvalloissa nais-

ten vaihtoehtoiset terveysasemat (Ruzek 1978, Broom 1991) ja itsehoitoryhmät koettivat murtaa patriarkaalisen kuvan naisten ruumiillisuudesta (esim. Boston Women's Health Book Collective 1973). Aktivismi vaikutti tutkimukseen niin, että otettiin käyttöön uusia tutkimusmenetelmiä, joista erityisesti voidaan mainita muistelutyö (Haug ym. 1987). Monet tutkijat olivat aktiivisia eri liikkeissä, ja tutkimuksen ja aktivismin katsottiin kulkevan käsi kädessä. Tämä leimasi myös äänensävyä ja ennen muuta kieltä, joka ei ollut yksinomaan akateemiselle lukijakunnalle suunnattua. Terveys sosiologi Arthur Frankin (1990, 131) mukaan feministinen liike ja terveyttä ja ruumiillisuutta koskeva tutkimus vaikuttivat ratkaisevalla tavalla siihen, että länsimainen tiedon traditio kyseenalaistui.

On kuitenkin tärkeää korostaa, ettei naisliikkeen kiinnostus ruumiillisuuteen syntynyt 1960-luvulla tyhjästä. Simone de Beauvoir (2002) korosti jo vuonna 1949 teoksessaan *Toinen sukupuoli*, että yhteiskunnassa, kulttuurissa ja uskonnossa vallitseva naisen ruumiillisuutta koskeva hiljaisuus ja häpeä hiipivät yksityisiin kokemuksiin ja vaikuttavat siihen, miten tytöt ja naiset kokevat itsensä subjekteina tai objekteina. Tosin jo 1800-luvun porvarillinen naisliike (myöhemmin myös työväen naisliike) Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa sekä esimerkiksi Emma Goldmanin vasemmistoanarkistinen feminismi 1900-luvun alussa nostivat naisten ruumiillisuuden tärkeäksi poliittiseksi kysymykseksi (Ruzek 1978). Naisliikkeen vaatimukset – naisten ääni- ja opiskelu oikeudet sekä oikeus määrätä omasta ruumiistaan – horjuttivat ja uhkasivat ”luonnollisena” pidettyä sukupuolijärjestelmää. Monet tutkijat ovat osoittaneet, kuinka 1800-luvun lääketieteellinen tieto otti aktiivisesti osaa yritykseen pitää naiset perinteisillä paikoillaan tuottamalla tieteellisiä argumentteja naisen biologiasta, joka ei sallinut aktiivista osallistumista julkiseen elämäpiiriin (Smith-Rosenberg 1985; Johannisson 1994; Uimonen 1999). Naisliike ja myöhemmin naistutkimus kyseenalaistivat tämän tiedon auktoriteetin ja totuudenmukaisuuden samoin kuin ”tieteellisen” periaatteen, jonka mukaan naiset eivät voisi opiskella esimerkiksi lääketiedettä (Riskä 2001).

Pohjoismaisen naisliikkeen historiassa ruumiillisuus on kuitenkin ollut vain vähän esillä. Vain Tanskassa liike keskittyi ruumiillisuuteen samalla tavoin kuin esimerkiksi Hollannissa, Saksassa, Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa. Muissa pohjoismaissa tutkimuksellinen painopiste oli pääasiassa työelämässä ja perinteisissä poliittisissa kysymyksissä kuten parlamentaarisessa edustuksellisuudessa, ei nais erityisissä aiheissa. Suomessa naisellisuuden ja ruumiillisuuden teemaa vältettiin jopa väkivaltaa ja raiskausta koskevissa kysymyksissä (Keskinen 2005). Avioliiton sisäinen raiskaus kriminalisoitiin Suomessa vasta vuonna 1994. Voidaan ajatella, että ehkä pohjoismaiden naisliikkeiden keskittyminen muodolliseen tasa-arvoon hiljensi mahdollisuuden nostaa esiin kysymyksiä nais erityisistä ilmiöistä. Tasa-arvopolitiikassa oli tärkeää painottaa samuutta pikemmin kuin eroja ja erityislaatuja (Bergman 2002; Honkanen 2007). Naisen ruumiillisuuden romantisoitu ihailu, joka oli tunnusomaista ruumiillisuutta painottaville liikkeille muualla, tuntui pohjoismaalaisista ehkä vieraalta. Täällä perinteinen ”naisylpeys” on pohjautunut vahvan agraarisen naisen diskurssiin, joka ei ole kyseenalaistanut protestanttista ruumiillisuuden vastaisuutta (Östman 2000; Markkola 2002). Monet pohjoismaiset tutkijat ovat sitä mieltä, että vahva suuntautuminen työhön ja perhepolitiikkaan johtuu ”pohjoismaisesta valtiofeminismistä” ja siitä, että pohjoismaisen hyvinvointivaltion erityispiirre olisi ”naisystävällisyys” (Bergman 2002; Julkunen 2010). Tämä on johtanut siihen, että väkivaltaa, ruumista ja seksuaalisuutta koskevat kysymykset eivät ole nousseet tutkimuksen asialistalle ennen kuin 1990-luvulla (Keskinen 2005).

Postmoderni tieteenkritiikki

Feministinen tutkimus on myös osa laajempaa yliopistomaailman tieteenkriittistä liikehdintää, jota on kutsuttu postmodernistiseksi. Tämä suuntaus kyseenalaisti vakiintuneen yhteiskuntatieteellisen ihanteen objektiivisuudesta ja totuudesta. Postmodernistisesti orientoitunut tutkimus korosti, että tiede on aina osittaista ja kirjoitettu jostain tietystä näkökulmasta. Tätä kautta problematisoitiin myös tutkijan rooli ja asema tiedon tuotannossa: tutkija

ei ole universaali, objektiivinen, ulkopuolinen tarkkailija, vaan tutkijan sukupuoli, rotu, etnisyys, luokka ja yhteiskunnallinen asema vaikuttavat tutkimuksen valintoihin ja siihen, mitä ja miten tutkija näkee. Toisin sanoen painopiste siirtyi sen osoittamiseen, miten kaikki tieteet, mutta erityisesti humanistiset ja yhteiskuntatieteelliset tieteet, tuottavat perusteltuja ehdotuksia pikemminkin kuin faktoja. Kun hierarkkinen raja faktan ja kokemustiedon välillä kyseenalaistui, avautui myös uusia tieteellisiä mahdollisuuksia ottaa huomioon ja tulkita haastatteluaineistoja, muistitietoa, omaelämäkertoja sekä kaunokirjallisia ja fiktiivisiä tekstejä sairaudesta, kivusta ja kärsimyksestä (Oinas 2001; Tuohela 2001, 2008; Lappalainen 2003; Launis 2005; Honkasalo 2008; Reinikainen 2008; Jäntti 2012). Tämäntapainen tutkimus laajentaa ymmärrystä sairaudesta ja kärsimyksestä, sillä se ei tarkastele sairautta ja potilasta lääketieteen konstruktiona (Honkasalo 2008). Terveyttä ja sairautta koskeva historiallinen tutkimus on analysoinut lääketieteen ja psykiatrian diskursseja, instituutioita ja laitoksia, ja useimmiten se on joutunut turvautumaan auktoriteettien teksteihin (Showalter 1987; Ahlbeck-Rehn 2006; Hakosalo tässä teoksessa). Koska sairautta koskevat historialliset lähteet ovat useimmiten lääkärikunnan tuottamia, on osa tutkijoista valinnut naisten kärsimyksen ja sairauden kokemusten tutkimiseen omaelämäkerrallisia materiaaleja tai kaunokirjallisia tekstejä, joita ei ole kirjoitettu mielisairaalan seinien sisällä vaan useimmiten porvarillisessa kodissa (esim. Tuohela 2008, Tuohela tässä teoksessa).

Konstruktivistisesti suuntautuneet yhteiskuntatieteilijät ajattelevat, että lopulliset, todet väittämät ovat mahdottomia ja että tieto on väistämättä vajaata ja suhteellista (Honkasalo 2004). Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että tutkimus olisi vain yhtä lailla hyväksyttävien väittämien liikehdintää. Tutkijan tehtävänä on arvioida, miksi tietyistä tiedon muodoista tulee arvovaltaisia samaan aikaan kun toiset tiedon muodot marginalisoidaan ja niitä ylenkatsotaan. Tutkimusta – niin sen asetelmaa, arviointitapaa kuin tuloksia – leimaa tutkijan näkemys yhteiskunnasta, hyvästä elämästä, hyvistä ihmissuhteista, oikeasta naiseudesta ja niin edelleen. Feministiset tutkijat eivät näe tätä paikantuneisuutta

ongelmana vaan hedelmällisenä, kiinnostavana lähtökohtana (Harding 1987, 1991). Tällainen tiedonkäsitys edellyttää tinkimättöä avoimuutta ja refleksiivisyyttä niin tutkijan oman position kuin tutkimusprosessinkin suhteen. Kytkös näkökulman, vallan ja tiedon välillä voidaan nähdä tieteen demokratisoimisena, ”vuoto-kohtana”: akateeminen tieto ei voi enää väittää omaavansa absoluuttista, autoritaarista totuudenpuhujan asemaa. Parhaassa tapauksessa se tekee tutkimuksesta saavutettavampaa, kiinnostavampaa ja keskustelulle avoimempaa, toisin sanoen vähemmän elitististä. Tutkijan tehtäväksi jää olla monipuolinen ja niin huolellinen kuin mahdollista sekä arvioida ja pohtia ajateltavissa olevia tulkintoja. Omista tulkinnoista keskustellaan suhteessa muuhun tieteelliseen kirjallisuuteen ja tämän päivän tutkimustyö on vaativaa, kun ajatellaan miten paljon tutkimusta julkaistaan. Yksityiskohtainen dialogi toisten tutkijoiden kanssa, myös niiden joiden näkemykset eivät miellytä, on tärkeää ja muodostaa oleellisen eron tutkimuksen, journalismin ja arkiajattelun välillä.

Vallan analyysit – alistetusta ruumiista postmoderniin

Eri feministisille perinteille on yhteistä sukupuolen, vallan ja muutoksen tutkiminen prosesseina tai suhteina erilaisissa konteksteissa. Keskiössä on yhteiskunnallisen merkityksenmuodotuksen, yksityisen henkilökohtaisen kokemuksen ja materiaalisen ruumiin kohtaaminen. Eri teoreettiset näkökulmat painottavat eri puolia kolmiosta yhteiskunta-yksilö-ruumis, mutta nämä kolme puolta ovat aina läsnä.

Feministisen tutkimuksen terävin kritiikki on kohdistettu ajatukseen ruumiista *objektina* (Bordo 1993 Weitz 1998). Objektivoiva ruumiskäsitys on tunnusomainen biolääketieteelle. Biolääketieteen on nähty seuraavan niin kutsuttua kartesiolaista kah-tiajakoa ruumiiseen ja sieluun. Sana kartesiolainen viittaa valistus-filosofi René Descartesin vaikutusvaltaiseen ajatteluun 1600-luvulla. ”Minä olen ruumiini” tarkoittaa kartesiolaisessa kielenkäytössä ”minulla on ruumis”. Tyttö ”saa” kuukautiset ikään kuin ”ne” tulisivat jostakin ulkoa, ulkopuolelta (Oinas 2001). Kuukautiseni ”alkoivat” voitaisiin ehkä sanoa myös muo-

dossa: ”minä vuoden verta”. Kartesiolaisessa ajattelussa ruumis ja sen prosessit ovat jotain, joka on enemmän tai vähemmän erotettavissa minästä. Sairauden kohdalla ruumis on jotain, joka saa minän satimeen. Tässä ajattelussa ruumiista tulee jotakin erillistä, jota voidaan hoitaa, laittaa kuriin ja hallita (Foucault 1978).

Valtavirran tieteenkriitikot ovat esittäneet samanlaista kritiikkiä kuin naistutkijat. Naistutkijat ovat kuitenkin lisänneet, että naisruumiilla objektina on erityinen asema, sillä usein tätä ruumista lähestytään reproduktiivisena koneena. Lääketieteen historiallisen miesvaltaisuuden vuoksi juuri naisruumista on tarkasteltu erityisen vieraana objektina, ilman että on otettu huomioon elävää subjektia tai potilaan omaa näkemystä. Feministisessä kritiikissä korostetaan, että patriarkaliselle ja kapitalistiselle yhteiskunnalle naisruumis on objekti, jota voi *käyttää* väestön, eli lasten, tehokkaaseen tuottamiseen tai (miehiseen) nautintoon. Esimerkiksi raskaana olevat ja synnyttävät naiset on voitu nähdä vain välttämättömänä pahana lapsen kantamisessa (Martin 1987). Jutta Ahlbeck-Rehn (2006, 2007) on tutkinut varhaisen psykiatrian tapaa diagnosoida naisten hulluutta ja poikkeavuutta ja osoittanut, miten vallitseva ideologia naisten sopeuttamisesta yhteiskunnassa olemassa oleviin vaatimuksiin, odotuksiin tai naisten alistaiseen asemaan, pantiin käytäntöön ruumiillisen kurin tai ruumiiden luokittelun avulla. Yhdysvaltalainen aborttikeskustelu puolestaan osoittaa selvästi, että naisruumis – tai oikeus määritellä mitä sille saa tehdä – voi olla niin keskeinen poliittinen aihe vielä nykyisinkin, että sen voidaan väittää ratkaisevan jopa presidentinvaalit.

Medikalisaatio ja lääketieteellinen valta

Se miten lääkärikunta kohtaa potilaansa tai käsittää ruumiillisen, on ollut ja on edelleen feministisen tutkimuksen tärkeä tutkimuskohde (Chesler 1972; Ehrenreich & English 1979; Corea 1985; Daly 1990; Krieger & Fee 1994). *Medikalisaation* käsite lanseerattiin 1970-luvulla kuvaamaan yhteiskunnallista kehitystä, jossa lääketieteen asiantuntijuus kattaa yhä useammat sosiaaliset ilmiöt

ja jossa ne selitetään lääketieteellisin termein. Lääketiede ottaa vallan määritellä ongelman ja hoitaa sen (Conrad & Schneider 1980; Conrad 2000). Medikalisaatiokritiikki sai selvästi feministisen ilmeen, ja 1970-luvun feministinen medikalisaatioteoria tarkasteli länsimaista lääketiedettä patriarkaalisen vallan ilmentymänä (Riskä 2003). Tämän vallan katsottiin olevan syynä siihen, miksi naisia ja miehiä käsiteltiin eri tavoin ja määriteltiin eri oirein ja diagnoosein (Chesler 1972). Barbara Ehrenreich ja Deidre English (1973, 1979) ovat marxilaisesti suuntautuneessa analyysissään pohtineet miesvaltaisen keskiluokkaisen lääkärinkunnan pääomaa – tiedettä, tietoa ja tulkintaetuoikeutta – jolla käytetään valtaa suhteessa naispotilaisiin. Lääkärin ammatti näyttäytyy heille patriarkaalisena instituutiona, joka ylläpitää naisten alisteista asemaa määrittämällä heidät sairiksi. Naisten rakenteellisen heikkouden ja sairaustaipumuksen korostaminen kätkee sisäänsä vallankäyttöä.

Naisruumis tarjoaa antoisan esimerkin siitä, miten lääketieteellinen anatomian ymmärtäminen on kulttuuristen kuvien läpitunkemaa. Monet naisten terveydelle tyypilliset ilmiöt – kuukautiset, PMS, raskaus – kuuluvat ”normaalin” ja ”hoidon tarpeessa olevan” raja-alueelle, mikä tekee niistä kiinnostavia ilmiöitä lääketieteen valtapyrkimyksiä ajatellen. Medikalisaatiokritiikin sanoma on, että biolääketieteelliset representaatiot voivat vieraannuttaa naiset heidän omista kokemuksistaan siinä määrin, että ruumis näyttäytyy vieraana, jopa vihamielisenä, naiselle itselleen. Emily Martinin vaikutusvaltainen kirja *The Woman in the Body* (1987) osoittaa nykyisten ja historiallisten dokumenttien avulla, miten tieteellinen tieto on sidoksissa kulttuuriseen kontekstiinsa. Ymmärtääkseen naisen anatomiaa moderni lääkärinkunta lainaa metaforia teollisuustuotannon kielestä. Monipuolisen haastatteluaineiston avulla Martin (1987) näyttää, miten lääketieteen usein kielteiset kuvat kuukautisista, raskaudesta, synnytyksestä, PMS:stä ja vaihdevuosista värittävät naisten tapoja kokea ruumiillisuutensa. Tosin kokemus on erilainen luokasta tai rodusta riippuen. Myös pohjoismaiset gynekologian ja obstetriikan oppikirjat kertovat kuukautisista usein tuotannon epäonnistumi-

sena: naiskoneiston todellinen tehtävä on tuottaa lapsia (Oinas 1996).

1980-luvun naistutkimuksen teoreettisilla välineillä – ajatuksilla asiantuntijavallasta ja potilaasta, joka vieraannutettiin omista kokemuksistaan – oli kuitenkin vaikea tarttua potilaan näkökulmaan ja eroihin potilaiden keskuudessa. Miten selittää joidenkin naisten aktiivinen taistelu luonnollisen synnytyksen puolesta kun samaan aikaan toiset taistelivat paremman, vahvemman kivunlievityksen tai keisarinleikkauksen subjektiivisen oikeuden puolesta (Marander-Eklund 1998)? Medikalisaatioteoreetikot osoittavat, että nämä kysymykset koskevat tietoa, valtaa ja sukupuolta, mutta he eivät kuitenkaan pysty selittämään, miksi eri potilasryhmät ja asiantuntijat suhtautuvat niihin eri tavoin. Haluavatko feministit, että naisruumis jätetään rauhaan? Vai että naiset saavat parempaa biolääketieteellistä hoitoa? Vastaus on, että mitään yhtenäistä, samaan päämäärään pyrkivää ”feministien” ryhmää ei ole. Suhtautumistavat riippuvat tutkijoiden erilaisista ”luonnollisuutta”, valtaa ja tietoa koskevista näkemyksistä.

Valta eri tasoilla

Feministisen nykytutkimuksen konstruktivistiset lähtökohdat juontavat juurensa toisaalta 1900-luvun jälkipuoliskon naisliikkeen politiikkaan, toisaalta ranskalaisen filosofin Michel Foucault’n (1978) diskursiivisen vallan käsitteeseen. Yksi naisliikkeen keskeisistä tunnuslauseista, ”henkilökohtainen on poliittista”, on monella tavoin hyvin foucault’lainen motto. Foucault’n vallan analyysi myös poikkeaa mielenkiintoisella tavalla 1970-luvun alistusta ja sortoa käsittelevän naisliikkeen näkemyksistä synnyttäen hedelmällisen jännitteen feministiseen tutkimukseen. Foucault’lle valta ei ole tukahduttavaa vaan ennen kaikkea tuottavaa; valtasuhteet tuottavat ja muovaavat todellisuutta ja meitä sen keskellä. Foucault kirjoittaa vallasta nimetä asioita ja siitä, kuinka ihminen on yhtä aikaa sekä nimeämisten tulos että niiden tuottaja, subjekti ja objekti. Tässä ajattelussa myös sukupuoli syntyy luokittelun ja nimeämisen myötä.

Foucault'n diskursiivista valtaa koskevilla teksteillä on 1980-luvun lopulta alkaen ollut suuri vaikutus sekä humanistisessa että yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa, ei vähiten terveys-tutkimuksessa. Foucault'n valtakäsite auttoi pääsemään eroon lukkiutuneesta asetelmasta, jossa jollakulla on valtaa ja joku toinen on vallankäytön uhri (Foucault 1978, 1980, Diamond & Quinby 1989). Feministisessä tutkimuksessa aiempi oletamus yhtenäisestä, universaalista patriarkaatista oli analyttisesti lamaannuttava. Se vaikeutti naisten välisten erojen analyysiä ja sen pohtimista, miten naisten osallistuminen omaan sortoonsa tulisi huomioida. Ovatko naiset tyhmiä vai aivopestyjä kun he jatkavat laihduttamista tai hormonien syömistä? Foucault osoitti vallan ristiriitaisen ja rakentavan luonteen, ja kaikkien yksilöiden osallisuuden vallan verkostoissa.

Foucault'n diskurssin käsite tarkoittaa sen analysoimista, miten valta ja tieto, samanaikaisina prosesseina, rakentavat todellisuutta. Valta on tuottava verkosto suhteita, instituutioita ja diskursseja, joissa eri subjektit tuotetaan. Täten kukaan ei ole tiedon alueen ulkopuolella, kukaan ei omista valtaa. Eri positiot verkostoissa selittävät, miksi toiset näyttävät ”omaavan” enemmän valtaa kuin toiset. Foucault pohtii, miten valtaa käytetään ja harjoitetaan verkoston tapaisten organisaatioiden kautta. Tämä tarkoittaa, että yksilöt eivät vain kierrä valtaverkoston eri säikeiden välillä. ”He ovat aina positiossa, jossa he ovat sekä vallan kohteita että sen käyttäjiä” (Foucault 1980, 98). Sen vuoksi lääkäreitä ei tarkastella hallitsijahahmoina, vaan lenkkeinä valtasuhteiden kokoonpanossa. Tämä tarkoittaa, että heitä tarkastellaan ihmisinä, joiden kautta valta kulkee tai jotka ovat merkittäviä valtasuhteiden kentällä. (Foucault 1984, 247). Radikaalia tässä on, että lääkärit (tai miehet) eivät omista valtaa, vaan he nousevat muiden toimijoiden tavoin esiin diskursiivisten käytäntöjen toiston kautta. Samalla tavoin potilaatkaan eivät ole vain passiivisia vastaanottajia, vaan subjekteja, jotka kykenevät vastarintaan ja jotka ovat osallisia lääketieteellisten diskurssien ja käytäntöjen muotoutumisissa.

Siinä missä medikalisaation varhainen feministinen kritiikki tarkasteli naisruumista lääketieteellisten diagnoosien ja puuttu-

misten kontrolloimana ja vallankäytön *kohteena*, tarjosi Foucault ymmärryksen ruumiista vallan vaikutusten *kautta* tuotettuna. Foucault’laisen näkemyksen mukaan mitään ”autenttista”, lääketieteen diskurssin ja käytännön ulkopuolista ruumista ei ole, koska ruumis tuotetaan tässä diskurssissa. Foucault’n tulkinta ruumiista ja seksuaalisuudesta vallan vaikutusten kautta sosiaalisesti rakentuneena on puhutellut monia feministejä, jotka ovat halunneet välttää biologista essentialismia, eli tapaa selittää sukupuolten välisiä eroja vedoten miehen tai naisen luonnolliseen, myötäsyttyiseen olemukseen (Ramazanoglu 1993; Ahlbeck-Rehn 2006, 53). Foucault’n ajattelusta seuraa, että tutkimus voi lakata kysymästä asioiden todellista tilaa ja kysyä sen sijaan, *miten* tietyt totuudet mahdollistetaan.

Foucault’n väitteitä ei kuitenkaan vastaanotettu vain riemuiten. Näkemys, jonka mukaan materiaallinen ruumis olisi vain tulosta merkityksenannosta ja diskursiivisista käytännöistä, tulkittiin yritykseksi sivuuttaa lihallinen tai kärsimys, jopa kuolema (Hughes & Witz 1997). Tähän ovat foucault’laiset tutkijat vastanneet osoittamalla, että vaikka Foucault’n näkemys ruumiista ja seksuaalisuudesta on anti-essentiaalinen, ei hän kuitenkaan kiellä ruumiin materiaalista todellisuutta. Hänen mukaansa valta on sanamukaisesti sidottu ruumiiseen: sen toimintoihin, fysiologisiin prosesseihin, tunteisiin, haluun ja nautintoon (Foucault 1978, 151–152). Foucault tutki terveyttä koskevia kysymyksiä konkreettisten esimerkkien kautta, ja esimerkiksi kirja *Tärkeillä ja rangailta* alkaa hyvin yksityiskohtaisella kidutuksen ja teloituksen kuvauksella, josta ei puutu lihaa tai kipua (Foucault 2000). Teksti ei kyseenalaista materiaalisuutta, mutta osoittaa, että materiaalisuus ilmenee tulkintojen ja tekojen kautta.

Foucault’lainen näkemys subjektista pirstoutuneenaja muutuvana sekä jonakin jolta puuttui oma, itsenäinen, rationaalinen ja aito ydin sisältää yhtymäkohtia muun muassa psykoanalyttiiseen tutkimukseen, jossa itsenäistä, yksinäistä, sankarillista minää oli jo kauan pidetty ongelmallisena länsimaisena fantasiana (Lacan 1982). Tähän feministinen tutkimus lisäsi, että yksilöfantasia on aina ollut miehinen ja fallinen (Braidotti 1991). Monien feministien mielestä Foucault-aalto kuitenkin myös vaaransi feministi-

sen analyysin poliittisuuden. Onko meillä varaa luopua miehiin, patriarkaattiin ja kapitalismiin viittaamisesta kun tutkimme valtaa? Eikö kukaan ole vastuussa? Tuleeko kaikesta epäpoliittista ja hämää, jos vallankäytössä on kysymys vain hajanaisista verkostoista? Kriitikot ovat sitä mieltä, että näkemys vallasta epävakaina ja kaikkien ulottuvilla olevana tekee näkymättömäksi erityisesti naisten kokemukset vallankäytöstä ja väkivallasta, esimerkiksi raiskauksesta (Deveaux 1999). Nancy Hartsock (1990, 170) toteaa, että Foucault’lle ”valta on kaikkialla, mutta loppujen lopuksi ei missään”, ja että hänen valtakäsityksensä tekee näkymättömäksi miehisen vallan itsepäisen hengissä säilymisen.

Puolustajat ovat pitäneet Foucault’n ajattelua nimenomaan feministiselle teorialle käyttökelpoisena, koska se erkanee dualistisesta valtaolettamuksesta (Ramazanoglu & Holland 2002; Keskinen 2005; Ahlbeck-Rehn 2006). Esimerkiksi Judith Butlerin ajatus performatiivisesta sukupuolesta perustuu pitkälti Foucault’n (1978) käsitykselle diskursiivisesta vallasta, mutta Butler (1990; 1993; 2004) on kuitenkin esittämänsä kriitiikin kautta vienyt Foucault’n sukupuolisokeaa ajattelua eteenpäin.

Teoria diskursiivisesta vallasta mahdollisti analyysin siitä, *miten* asiatuntijavalta ja maallikkokokemukset liittyvät toisiinsa ja miten ne ovat kytköksissä muihin diskursseihin (Lupton 1997). Esimerkiksi naisten- ja nuorisolehtien lääkäripalstoilla lääkärit yrittävät vahvistaa arvovaltaansa tavanomaisilla ”mene lääkäriin”-vastauksilla tai käyttämällä jo aiemmin mainittua kone-metafora (Martin 1987), tyyliin ”jos kuukautisesi eivät ole alkaneet ne *käynnistetään*” (Oinas 1998). Useimmiten palstoilla esiintyy selkeänä biolääketieteellinen ”varma asiatieto”, vaikka tieto onkin sisällöllisesti hyvin ristiriitaista. Ehdottomat totuudet vaihtelevat: saavatko teini-ikäiset tytöt suihkuttaa emätintään vai eivät, saako masturboida vai ei, tietääkö tyttö itse milloin ja miten laihduttaa – joskus vastaus on kyllä, joskus ei. Mutta nämä palstat ovat nuorille tytöille myös tärkeitä paikkoja, joissa he tekevät itsestään ruumiillisia, aktiivisia subjekteja peilaamalla itseään normatiivista kuvaa vasten. Tyttöjen hiljaiset kysymykset naisruumiin toiminoista yleensä vaietaan tai ne tehdään naurunalaisiksi, mutta lääkäripalstat antavat niille tilaa ja vastakaikua. Lääkäreiden ja

tyttöjen välisessä dialogissa avautuu myös tärkeä mahdollisuus löytää uusia tiedon tai vallan suhteita: nuori tyttö voi rakentua tietävänä ja lääkäri epävarmana subjektina, joskin melko harvoin. (Oinas 1998) Aiempi feministinen viesti, että lääkärikunnan pitäisi jättää tytöt rauhaan, ei ota huomioon tyttöjen tarvetta työstää ruumiillisuuttaan diskursiivisessa todellisuudessa, jossa heidän huolensa otetaan vakavasti. Tytöt tarvitsevat diskursseja punnitakseen omia tarinoitaan niitä vasten ja tunteakseen ruumiinsa.

Ruumiit, materiat ja teknologiat

Naisruumiillisuutta ja reproduktiivisia teknologioita koskeva tutkimus osoittaa kiinnostavalla tavalla, että on tärkeää nostaa esiin lääketieteen vieraannuttavia vaikutuksia, lääkärikunnan valtapyrkimyksiä ja valtaa yhteiskunnassa silloinkin kun naiset itse toimivat medikalisaatioprosessien moottoreina. Lääkärikunta ei ole yhtenäinen tai yksin näissä prosesseissa (Katz Rothman 1989, Wrede 2001). Useampien, lääketieteen ammattialan ulkopuolisten, toimijoiden huomioiminen on laajentanut feminististä ja yhteiskuntatieteellistä terveystutkimusta. Naispotilaat eivät myöskään ole yhtenäinen ryhmä lääketieteellisen intervention passiivisia uhreja tai ”vastaanottajia”, vaan he voivat aktiivisesti vaatia tiettyjen ilmiöiden medikalisoimista esimerkiksi saadakseen mahdollisimman hyvän synnytyksen (Riessman 1983; Marander-Eklund 1998; Liljeroth 2009; ks. myös Conrad 1992, 2000; Riska 2003; Oinas & Ahlbeck-Rehn 2007). Tällä tavoin potilas on mukana luomassa ja muovaamassa lääketieteellistä diskurssia.

Monissa uusmaterialistisissa tutkimuksissa kohteena ovat lisääntymisteknologiat. Tällöin lihallinen ruumissita muokkaavat teknologiat sekä muut ei-inhimilliset tekijät nostetaan tarkastelun keskipisteeseen. Charis Thompsonin (2005) tutkimus osoittaa, että medikalisaatio on käsitteenä ongelmallinen, koska se luo kuvan yhtenäisistä kategorioista – lääkärit vastaan naiset – kun itseasiassa on kyse epämääräisistä ja heterogeenisista ryhmittymistä, joilla on usein yhteisiä intressejä ja jotka tekevät selkeitä sopimuksia yhteistyöstä lisääntymisteknologisissa hankkeissa.

Hänen hedelmällisyysklinikoita koskevassa analyysissään normaaliuden ja luonnollisuuden diskursiivinen ja tekninen tuottaminen saa keskeisen aseman. Thompson käyttää esimerkkinä aikuista tyärtä, joka luovuttaa munasolun vanhenevalle äidilleen ja tämän uudelle poikaystävälle, jotta vanhempi nainen voi täyttää ihanteellisen naiseuden vaatimuksen (Thompson 2005, 162). Hän osoittaa, että osalliset toimivat yhdessä jaetun päämäärän eteen lievittääkseen lapsettomuuden kärsimystä tai saavuttaakseen normaaliuden. Tulevat vanhemmat, heidän avustajansa ja lahjoittajansa sekä lääkärit rakentavat aktiivisesti sellaista järjestelmää, jossa tärkeässä osassa ovat yhteiskunnalliset käsitykset vanhemmuudesta ja konkreettiset epäoikeudenmukaisuudet, esimerkiksi taloudelliset mahdollisuudet hyötyä uusimmasta teknologiasta. Toisin sanoen nämä teknologiat eivät ole vain lääkärivallan käytössä heidän valtansa kasvaessa, vaan lisääntymisteknologiat ovat hajallaan olevan vallan käytäntöjä. Thomson osoittaa, että lisääntymisteknologioissa tärkeäksi kysymykseksi on noussut se, kenen intressien nimissä feministinen tutkimus varsinaisesti puhuu, ja hän vaatii yksityiskohtaista analyysiä eri tilanteissa.

Thompsonia lukiessa tulee selväksi, että myös terveyden ja sukupuolen tutkimuksessa talous ja sosio-ekonominen oikeudenmukaisuus ovat edelleen keskeisiä teemoja. Taloudelliset mahdollisuudet ja luokka-asema vaikuttavat edelleen terveyteen, ehkä aiempaa enemmän uusimpien ruumiillisuutta muokkaavien teknologioiden kehittyessä ja kallistuessa. Luokan rinnalle voidaan nostaa myös muita eriarvoisuutta tuottavia ja ylläpitäviä tekijöitä. Rotu ja rodullistetut paikat globaalissa maailmajärjestyksessä ovat teema, joihin feministinen terveystutkimus on vasta tarttumassa. *Intersektionaalisuuden* käsitettä on käytetty feministisessä tutkimuksessa kuvaamaan analyysiä, joka tarkastelee erilaisen yhteiskunnallisten valta-asetelmien yhteisvaikutusta ottaen huomioon muiden muassa sukupuolen, luokan, etnisyyden, rodun, seksuaalisen suuntautuneisuuden ja iän kategoriat yhtäaikaistena järjestäyksiä luovina ja ylläpitävinä prosessien osatekijöinä (Lykke 2003, 48, ks myös Young 1997). Sukupuoli – sen paremmin kuin etnisyyden, seksuaalisuus tai luokkasidonnaisuuskaan – ei yksin riitä selittämään, miten epätasa-arvo syntyy ja miten valtaa

käytetään: tutkimuksen tulee paneutua näiden limittymiseen ja yhteisvaikutuksiin. Erityisesti *jälkikoloniaalinen tutkimus* on nostanut esille rodun, etnisyyden ja sukupuolen keskenäiset suhteet ja siten auttanut ymmärtämään naisten välisiä eroja (Mohanty 1991).

Jälkikoloniaalinen kritiikki on osoittanut, että feministinen projekti on pitkään rakentunut ajattelulle, joka asettaa modernin, valkoisen, keskiluokkaisen naisen symboliseen valta-asemaan kaikkien muiden naisrepresentaatioiden edelle (Mohanty 1991). Tämä ajattelutapa on niin sisään rakennettu arkiajatteluun, että sitä on jatkuvasti työstettävä ja sen piirteitä on paljastettava, koska hierarkkista ajattelua on vaikea kokonaan hylätä (Spivak 1988). Naisten väliset konkreettiset erot edellyttävät siksi teoreettisia työkaluja, jotka auttavat meitä ymmärtämään, mikä naisia yhdistää ja toisaalta erottaa toisistaan. Sukupuolen tutkimus edellyttää myös miehen kategorian purkamista ja analysointia.

Katarina Jungarin (2011) tutkimus Etelä-Afrikan hiv-aktivismin korostaa, että kriittiselle itsereflektiolle on jätettävä tilaa, vaikka tutkimuksen kohteena olisi akuutti ongelma (Jungar & Oinas 2010, 2011). Valkoinen, länsimainen, korkeasti koulutettu naisliike ei ehkä vain sulje muiden kokemuksia ulkopuolelleen, vaan myös käyttää ”toisenlaisia” naisellisuuksia luodakseen oma-kuvaa ja siten rakentaakseen itseään (Spivak 1988; Mohanty 1991; Stoler 2002). AIDS-epidemia voidaan helposti kuvata tavalla, joka ennen kaikkea luo turvallisen ja ongelmattoman kuvan pohjoisista hyvinvointivaltioista, joita köyhien epidemiat eivät oikeasti kosketa (Patton 1990; Richey & Ponte 2011). Tieteellinen tiedontuotanto, mukaan lukien feministinen tieto, on myös valtapositioiden luomista. Jälkikoloniaalisen kritiikin mukaan tärkeää on se, *miten* tutkimusta suoritetaan. Tämä kysymys vaatii jatkuvaa pohdintaa. Kun naisliike toivotti kaikki naiset tervetulleiksi piiriinsä ja yhtenäiseen ja universaaliin naisihanteeseen, luotiin samalla eri naisten välille hierarkioita – osa naisista on lähempänä ideaalia kuin toiset. Usein tässä keskustelussa käytettiin argumenttina ruumiillisuutta ja keskusteltiin esimerkiksi sukuelinten silpomisesta, jota on pidetty erityisen diskriminoivana toimena erityistä naisryhmää kohtaan (Kivinen 2007).

Pohjoismaisesta tasa-arvoideaalista on tullut malli, jonka voidaan sanoa olevan myös vallankäyttöä (Oinas & Arnfred 2009). Hyvää tarkoittavat pohjoismaiset feministit käyttävät usein terveystutkimuksia – nälänhätää, väkivaltaa, ympärileikkausta – luodakseen turvallisen paikan, ”meidät”, jotka olemme päässeet näin pitkälle ”kehityksessä” (Tuori 2009). Kotimaiset ongelmat kalpenevat, kun ajatellaan vaikkapa afgaaninaisten tilannetta. Eri alistusten asettamisesta tärkeysjärjestykseen on tullut feminististä tutkimusta lamaannuttava ongelma, koska se luo kuviteltuja hierarkkisia rajoja eri naisryhmien välille (Spivak 1988).

Sukupuolen, rodun ja etnisyyden lisäksi luokka on kategoria, joka luo eroja ihmisten välillä tavalla, joka vaatii tutkijalta erityistä huolellisuutta. Usein ihannoidaan esimerkiksi normatiiviseksi muotoutunutta keskiluokan elämäntapaa, kun taas työväenluokan ruumiillisuus ja terveys patologisoidaan (Skeggs 1997). Yhtenäisen naiseuden kyseenalaistaminen tarkoitti terveystutkimuksessa sitä, että tutkijat alkoivat kritisoida stereotyyppistä olettamusta ”naisista” yhtenäisenä ryhmänä Stereotypia loi yhtenäisen naissubjektin, joka edusti ”kaikkia naisia”, mutta oli hyvin normatiivinen. Perinteiset tutkimuskysymykset kuten synnytykset, raskaus, kuukautiset, äitiys ja ikääntyminen ovat ilman muuta feministisen tutkimuksen tärkeitä aiheita, mutta eivätkö ne vahvista edelleen stereotyyppistä kuvaa ”naisen elämästä”? Yhtä tärkeitä aiheita ovat lesbonaisten vaikeudet saada kunnollista terveydenhoitoa, prostituoitujen terveysongelmat, naisten työterveyden hoito, naisten sydänsairaudet ja niin edelleen.

Halu luopua essentialisoivasta näkökulmasta naiseen ja sukupuoleen ei ole koskenut vain tarvetta huomioida naisten välisiä eroja vaan purkaa myös miesten ja naisten välistä eroa. Jyrkkä kahden sukupuolen malli on fantasia, jota esimerkiksi lääkärikunta edelleenkin pitää yllä. Jutta Ahlbeck-Rehn (2006, 2007) on naispuolisia rikollispotilaita koskeissa tutkimuksissaan osoittanut, että 1900-luvun alun lääketieteen voimakas keskittyminen kuukautisiin voidaan nähdä tapana luoda ja vahvistaa naiseutta biologisena kategoriana. Tämä näkyy sellaisissa tapauksissa, joissa naiseuden rajoja uhataan aggressiivisuuden ja ”sopimattoman” seksuaalisuuden tapaisella, rajoja ylittävällä käytöksellä (vrt. Ches-

ler 1972). Feministinen käytäntö ja tutkimus osallistuvat kahden sukupuolen mallin ylläpitämiseen, jos ne eivät aktiivisesti vastusta ja pura sen oletettua ”luonnollisuutta”. Ahlbeck-Rehn pohtii sellaisen ajattelun ongelmallisuutta, jossa naisten alistamista tutkitaan ilman että sukupuolta samaan aikaan puretaan. On tärkeää osoittaa, että naiset ja miehet eivät ole samassa suhteessa institutionaaliin hallinnan tapoihin – erilaiset sukupuolen representaatiot tuotetaan erilaisten vallankäyttötapojen kautta – mutta on olemassa vaara, että aivan liian yksipuolisesti korostetaan niitä tapoja, joilla naisten ruumiita kurinalaistetaan ja kontrolloidaan. Seurauksena on naisten ja miesten kokemusten keino-tekoinen vastakkainasettelu. Institutionaaliset mekanismit muovaavat ja merkitsevät kuitenkin sekä nais- että miesruumiin (McNay 1992), ja ruumiit tuotetaan sukupuolen lisäksi myös etnisyyden, luokan, iän ja rodun kautta (vrt. Skeggs 1997; Lykke 2003). Naisruumiin historia ei ole miesruumiin historiasta erillinen, vaan nämä ovat kytkeytyneet yhteen.

Naisruumiin erityispiirteiden korostaminen voi edistää sellaisen erillisen alistamishistorian luomista, jossa naiset asetetaan ”viattoman positioon” miesten määrittämää sosiaalista todellisuutta vasten (McNay 1992, 36). Tällainen naiseuden esittäminen piirtää naisista lapsekkaan ja holhoavan, stereotyyppisen kuvan. Sen sijaan ruumiiden historiaa voidaan tarkastella diskursiivisina käytäntöinä, jotka mahdollistavat erilaisia positioita sekä naisille että miehille. Tällä tavoin voidaan tutkia, miten naisten ja miesten ruumiit tuotetaan eri tavoin ja samalla nähdään, että kyse on tuottavista käytännöistä, jotka tekevät mahdolliseksi ja rajoittavat erilaisia subjektipositioita. Näihin tuottaviin käytäntöihin kuuluu niin arkisia toimia kuin esimerkiksi kirjallisuuden fikttiivisiä representaatioita (Lappalainen 2003; Launis 2005; Österlund 2005; Franck 2009; Jäntti 2012).

Biologististen ja individualististen selitysmallien kritiikki

Feministiset lähestymistavat eroavat toisistaan, mutta voidaan sanoa, että niitä yhdistää kahdenajattelutavan – sukupuolen biologistisen ja individualistisen mallin – kritiikki. Näitä malleja

voidaan kutsua pseudomalleiksi, koska ne ovat liian yksinkertaisia ollakseen todella malleja. *Biologismi* rakentuu ajatukselle siitä, että naisten ja miesten toiminta ja olemisen tavat voidaan johtaa heidän erilaisesta anatomiastaan. Sukupuolierot nähdään tosiasiallisina, essentiaalisina eli kyseenalaistamattomaan perustaan nojautuvina: ”niin vain on”. Kun naisista keskustellaan, käytetään biologistista argumenttia usein muutoksen vastustamiseen. Jos yli 60-vuotiaat miehet kuolevat sydänkohtaukseen, ei tätä ”luonnollista” tosiasiaa hyväksytty, vaan epäkohta pyritään aktiivisesti korjaamaan. Sen sijaan ”luonnollisen” argumenttia käytetään silloin, kun naiset eivät saavuta korkeita asemia yrityksissä (Charpentier 2006) tai kun seksuaalista väkivaltaa selitetään sillä, että miehet luonnostaan tarvitsevat säännöllisiä yhdyntöjä naisen kanssa (Keskinen 2005).

Synnytystä pelkäävät naiset patologisoidaan, koska he rikkoivat ”luonnollista” vastaan (Liljeroth 2009). Kun naiset valitsevat hoitoammatteja tai puuhastelevat talleilla hevosten kanssa, palautetaan tämä valinta naisten hoivasuuntautuneeseen biologiaan: naiset haluavat hoitaa, huolehtia muista (Ojanen 2011). Tämä olettaus perustuu naisten ”luonnollistettuun” hoivaamistaipumukseen. Biologinen essentialismi ei kuitenkaan onnistu selittämään, miksi hoitotyö on huonommin palkattua. Useimmiten keskustelu pysähtyy tosiasioiden osoittamiseen – tytöt leikkivät nukeilla, synnyttävät lapsia, hoitavat vanhuksia – ilmaiseksi tai halvalla.

Feministiset tutkijat väittävät, että tärkeitä yhteiskunnallisia näkökohtia jää kokonaan kyseenalaistamatta, kun terveys ja sairaus palautetaan biologiaan eli selitetään geeneillä, aivojen rakenteella tai DNA:lla. Biologia ei voi selittää historiallista muutosta tai yhteiskuntakontekstia; toisin sanoen biologiset selitysmallit eivät mahdollista havaintoja siitä, miten ihmiset elävät eri aikoina, eri maissa ja yhteiskuntaluokissa. Tietyissä tapauksissa erot voivat olla suurempia erilaisten naisten kesken kuin saman yhteiskuntaluokan naisten ja miesten välillä, mutta biologisen kahtiajaon lähtökohdasta tätä ei voida lähemmin tutkia (Lorber 1994). Feministiset tutkijat ovat sosiaalikonstruktivismin avulla yrittäneet päästä biologisesta essentialismista ja osoittaneet suku-

puolen yhteiskunnalliset ja kulttuuriset ulottuvuudet. Terveystutkimuksessa sosiaaliskonstruktivismia oli kuitenkin tarkennettava siten, että ruumiillisen tarkastelu yhteiskunnalliseen limittyneenä oli mahdollista. Terveyttä ei voi tutkia ilman että ruumiillisen aktiivinen osallisuus huomioidaan.

Feministisen tutkimuskentän mielenkiintoisimpia keskusteluja käydään juuri nyt siitä, mitä eri reittejä seuraten biologismia voi tehokkaimmin kyseenalaistaa. Tunnetuin reitti on pitkään ollut konstruktivismi eli rakentuneisuuden korostaminen. Usein viitataan myös butlerilaiseen keskusteluun, eli performatiivisesti ruumiillisuuteen suhtautuvien teoreetikkojen töihin. Uusmaterialismista innostunut tutkijajoukko korostaa performatiivisen ja vallan kautta syntyneen materiaalisuuden omaa toimijuutta ja aktiivisuutta. Karen Barad (2007), uusmaterialismin kärkinimi, näkee ajattelunsa jatkavan Judith Butlerin työtä, mutta usein uusmaterialistit korostavat konstruktivismin olevan ”biofobista” ja tuottavan keinotekoista eroa ruumiin ja sosiaalisen välille (Wilson 2004). Tällainen ”anti-biologismin” ylilyönnin kritiikki väittää, että feministinen tutkimus ei ole ollut riittävän kiinnostunut biologiasta itsestään ja sukupuolen fyysisyydestä. Sara Ahmed (2008, 29) vastaa tähän kritiikkiin toteamalla, ettei biologismin kritiikki sulje silmiään biologiaalta, vaan kyseenalaistaa tavan, jolla biologisoivia argumentteja käytetään vallankäytön perusteena

Toinen pseudomalli, jota feministinen tutkimus kritisoi, on *individualistinen* selitysmalli, joka vuorostaan palauttaa terveysongelmat yksittäisen ihmisen elämänvaiheisiin, psykohistoriaan, yksittäiseen ruumiiseen tai henkilön tunne-elämään ja psyykkisiin prosesseihin. Individualisoiva ajattelutapa jättää tutkimuksen ulkopuolelle rakenteelliset yhteiskunnalliset-taloudelliset kysymykset, esimerkiksi työelämän sukupuolittavat käytännöt (Kinnunen & Korvajärvi 1996). Se ei myöskään huomioi ekologisia kysymyksiä kuten teollisuustyön ilmanlaatua, puhumatta kulttuurisesta ja symbolisesta merkitysjärjestelmästä. Samalla kun voidaan väittää, että kaikilla sairauksilla on sosiaalinen ulottuvuutensa, tietyt sairaudet ovat malliesimerkki siitä, miten vaikeaa on selittää sairautta ilman kontekstualisoimista. Anoreksia ja äärimmäinen ylipaino ovat hyvin selkeitä esimerkkejä siitä, miten yksilökeskei-

syys huonontaa hoidon laatua. Tyttö jatkaa laihduttamista, jos hänet hoidon aikana syyllistetään ongelmasta ja siitä kärsimyksensä, jota hän ruumiissaan kokee. Kulttuurissa, jossa mahdollimalla tavalla ylikorostetaan kontrollia, kuria ja nautintoa samalla kun naiskuva on täynnä naisvihaa ja ristiriitaisia ja mahdollomia vaatimuksia seksikkyydestä, voi syömishäiriöitä jopa pitää äärimmäisenä normaaliuden ilmaisuna (Bordo 1993; Puuronen 2005; Harjunen 2009; Kyrölä 2010; ks. myös Puuronen tässä teoksessa).

Synnytyspelkoja koskevassa tutkimuksessaan Pia Liljeroth (2009) osoittaa, että lääketieteen diskurssissa tapahtuva naisten pelon privatisoiminen eli sen palauttaminen yksilön ongelmaksi johtaa siihen, että sivuutetaan ne yhteiskunnalliset ja poliittiset toimet, jotka voisivat parantaa synnytysten hoitoa. Myös hiv-epidemian tutkimus osoittaa osaltaan individualistisen näkökulman mittavat seuraukset: perinteisen hiv-vastaisen työn sanoma yksilön käytöksen muuttamisesta ei ole onnistunut pysäyttämään epidemiaa. Sen sijaan voidaan kysyä, onko tämä kapea käsitys terveyspolitiikasta pikemminkin mahdollistanut epidemian leviämisen parinkymmenen viime vuoden aikana (Jungar & Oinas 2010).

Feminististen tutkijoiden yhteinen lähtökohta on kriittinen suhtautuminen poliittiseen todellisuuteen, jossa on usein helpompi lääketieteellistää ongelma kuin edistää sosiaalista muutosta (Ettore & Riska 1995). Sari Irni (aik. Charpentier 2006) osoittaa tutkimuksessaan, miten vihaisten ”vaihdevuosiakkujen” hormonihoidot ovat tehokas tapa yksilöllistää työpaikan ongelma: kun syntyy konflikteja, on helpompi syyttää ikääntyvän naisen ruumista kuin huonoa organisointia. Samaan aikaan Irni osoittaa, ettei ole vastuuntuntoista tai teoreettisesti kestävää etäännyttää lääketieteellisestä avusta niitä naisia, jotka kokevat lääkityksen tarpeelliseksi. Tämä tarkoittaa, ettei feministisesti ajattelevien tutkijoiden ja terveydenhoidon tehtävä ole ”kieltää” lääkahoitoa, vaan pikemminkin huolellisesti tarkastella niitä erilaisia yhteyksiä ja teknologioita, joissa ”meidän ruumiimme ja minämme” tuotetaan. Mitä seurauksia ja valtamuodostelmia tuotetaan eri käytän-

töjen kautta? Luodaanko jotain uutta, jännittävää vai vahvistetaan olemassa olevaa valtaverkostoa?

Sekä individualistinen että biologistinen logiikka ovat mustavalkoisia tapoja palauttaa ongelma yhteen lähtökohtaan. Nämä selitysmallit ovat kuitenkin tavallisia niin arkiajattelussa kuin biolääketieteessäkin. Feministisen tutkimuksen päätavoite on jo kauan ollut osoittaa, että tarvitsemme monisyisemmän tavan ymmärtää todellisuutta. Sen kummemmin biologia kuin yksilölliset kokemuksetkaan eivät yksinään riitä tarjoamaan kokonaiskuvaa.

Terveys kokemuksena, politiikkana ja valtana

Feministisen terveystutkimuksen perinteessä sairautta ja terveyttä on analysoitu konstruktiona, representaationa, diskurssina, kokemuksena ja politiikkana, mutta feministisessä tutkimuksessa terveyden ja ruumiillisuuden tematiikkaan liittyvät aina myös kysymykset vallasta. Ruumiillisuutta ja terveyttä koskevaa feminististä kirjallisuutta on moitittu teoreettisesta raskaudesta, mutta terveystutkimuksen kentällä teoreettisten ajatusten empiirinen soveltaminen on ollut aina keskeistä. Luonnollinen ja itsestään selvä asetetaan kyseenalaiseksi tieteidenvälisen, uusiin oivalluksiin pyrkivän teoreettisen välineistön avulla, mutta konkreettisten ilmiöiden empiirinen analyysi on yhtä lailla tärkeää. Feministisellä terveystutkimuksella on paljon annettavaa niin metodologisesti kuin tutkimuseettisestikin. Teoria ja empiria kulkevat käsi kädessä, ja tavoitteena on avoimuus uusia tulkintoja kohtaan. Sukupuoli kaikessa monimutkaisuudessaan ja arkipäiväisyydessään vaatii teoreettisia työkaluja, jotta tarkastelusta tulee perustaltaan ja näkemyksiltään moninainen ja uutta oivaltava. Feministinen terveystutkimus kertoo ruumiillisen elämän yhteiskunnallisista, arkisista ehdoista – vaihdevuosien hikoilusta, rintaproteesien koosta, häpeästä ja ilosta.

Terveystutkimus voi parhaimmillaan valaista representaatioiden, diskurssien, käytäntöjen ja eletyn ruumiillisen todellisuuden välistä yhteyttä. Haluamme lähestyä representaatioita, käsityksiämme ja niihin latautunutta valtaa ilman, että turvaudumme

yksinkertaistaviin näkemyksiin valtaapitävistä ja alistetuista, uhreista ja toimijoista. Terveiden, sukupuolen ja ruumiillisuuden tutkijoina me haluamme tarkastella kuvien ja mielikuvien valtaa ja sitä, miten ne vaikuttavat materiaaliseen elämään, jota eletään näiden kuvien avulla ja kautta. Kulttuuriset representaatiot, diskurssit, sosio-ekonomiset ehdot ja maailmanlaajuiset epäoikeudenmukaisuudet kytkeytyvät yhteen. Globaalilla markkinataloudella on vaikutuksia ruumiisiimme. Se käyttää hyväkseen yksirintaisen naisen, nuoren naisen ja keski-ikäisen naisen epävarmuutta ja riittämättömyyden tunteita. Samaan aikaan globaali markkinatalous mahdollistaa AIDS:n lääketieteellisen hoidon toisille potilaille toisten ajautuessa kuolemaan siksi, että köyhissä oloissa kalliit lääkkeet eivät ole saatavilla (Richey & Ponte 2011). Amerikkalaisessa aborttikeskustelussa naisruumis puolestaan kytetään poliittiseen kenttään. Parlamentissa, oikeussaleissa ja toimenpidehuoneissa neuvotellaan sallittujen toimien päättävällä vallalla. Tämä keskustelu on tärkeä muistutus siitä, että ehkä vapautemme on kaiken kaikkiaan fiktiivistä. Subjektiiivinen oikeus omaan ruumiiseen ja sen rajoihin ei ole koskaan ollut itseltään selvä, kiistaton totuus (Cornell 1998). Ruumis, erityisesti naisruumis, on jatkuvasti venyvä raja-alue, jonka suhteen muotoutuu erilaisia poliittisia leirejä.

Se, mikä vuosien saatossa on tutkimuskentällä selkeästi muuttunut, on feministisen tutkimuksen käsitys tiedosta ja vallasta. Lääketiedettä käytettiin aiemmin malliesimerkkinä naisruumiin patriarkaalisesta haltuunotosta ja riistävästä vallankäytöstä. Näin käsitteellistettiin ajatus naisruumiista, joka oli niin tiedollisesti kuin konkreettisestikin valloitettu ja jossa kokemukseen perustuvalla tiedolla oli vain vähän painoa. Nykypäivän keskustelut pitävät edelleen tätä kritiikkiä tärkeänä, mutta tutkijat ovat myös laajentaneet tutkimuskysymystä. Ilman muuta biolääketiede käyttää valtaa niin tiedon tuottamisessa ja hoidon järjestämisessä kuin potilaan kohtaamisessakin, mutta se ei ole irrallinen institutio, vaan dynaaminen osa muuttuvaa yhteiskuntaa. Tämän myötä tutkimus on höllentänyt rajaa ”oman kokemuksen” ja ”puhtaan tieteen” välillä. Ihmisten kokemukset, halut ja nautinnot sekä ruumiin biologiset realiteetit, toiminnot ja fysiologiset prosessit

syntyvät aina yhteiskunnallisessa kontekstissa, eikä tutkijan ensisijainen tehtävä ole tuomita, vaan tulkita. Samalla tutkimus on suhtautunut kriittisemmin aiemmin tyypilliseen kaipuuseen, joka kohdistuu teknologiasta ja politiikasta vapaaseen ruumiillisuuteen. Tämän päivän feministinen tutkimus on laaja kenttä, jossa tarkastellaan myös tiukasti määriteltyjen biolääketieteellisten ammattien ulkopuolelle sijoittuvia institutionaalisia toimijoita. Toki länsimaista lääketiedettä ja sen koneistoa tutkitaan kriittisesti, mutta on tärkeää, että tutkimus huomioi myös muut toimijat, jotka luovat puitteita ihmisten terveydelle. Potilasjärjestöt, aktivistiryhmät ja lainsäädäntö, mutta myös kaunokirjallisuus ja media, ovat mukana muovaamassa ihmisten terveyttä.

Terveystutkijoiden tehtävä on kirjoittaa vallasta ja sen vaikutuksista niin, että lukija voi tehdä omia tulkintojaan ja poliittisia johtopäätöksiään, jolloin tutkimuksella on konkreettisia vaikutuksia ihmisten elämään. Tässä artikkelissa esitelty tutkimus ehdottaa, että feminististä muutospotentiaalia voidaan etsiä yhteisöistä, joissa harjoitetaan kriittistä ajattelua, tiedon tuottamista ja anti-individualismia. Lääketieteen arvovallan – sen tarjoamien hyvän terveyden ja hyvän elämän objektiivisten totuuksien – kyseenalaistaminen merkitsee samalla terveyden edistämisen uudenlaista pohdintaa. Tutkimukseemme on sisään rakennettu lääketieteen kriittinen tarkastelu, mutta terveydenhoitoa ja pyrkimyksiä terveelliseen elämään ei tietenkään voi redusoida kurinalaistamisen ja manipulaation tuotteiksi. On tärkeää osoittaa, mitä vaikutuksia lääketieteellisillä selitysmalleilla on ihmisten elämään, heidän ruumiillensa ja sille, miten he ymmärtävät itsensä.

Kriittisellä sukupuolentutkimuksella on tärkeä rooli kulttuurisen terveydentutkimuksen kentällä: se osoittaa sukupuolen, mutta myös luokan, etnisyyden ja rodun, yhteiskunnalliset ja kulttuuriset ulottuvuudet suhteessa terveyteen. Feministinen näkökulma on laajentanut yhteiskuntatieteellistä ja kulttuurista terveystutkimusta ennen muuta nostamalla esiin lääketieteen ja muun terveystutkimuksen ongelmallisia, itsestään selviksi muodostuneita oletuksia ja lähtökohtia. On edelleen aiheellista kysyä, miksi sukupuoleen takerrutaan niin vimmatusti kulttuurissamme, joka samalla profetoi neutraalin yksilöllisyyden puolesta. Tutkim-

me ennen kaikkea sitä, miten meitä ja meidän ruumiitamme kurinalaistetaan ja patologisoidaan eri tavoin, myös niin, että olemme itse kurinalaistamisen moottoreina. Mitä on ruumiillinen elämä, sen hallinta ja siihen liittyvä vapaus? Ovatko terveyden edistämisen kampanjat propagandaa ja vapauden rajoittamista? Tämän päivän tutkimus etsii tapoja suunnistaa tässä tiheikössä, jossa vanhoja totuuksia kyseenalaistetaan ja uusista tavoista tutkia terveyden ja sairauden ilmiöitä neuvotellaan jatkuvasti.

Kirjoittajat kiittävät FT Kirsi Tuohelaa ja FT Kati Launista kiel- ja käännösavusta.

Kirjallisuus

- Ahlbeck-Rehn, Jutta (2006) *Diagnostisering och disciplinering: Medicinske diskurs och kvinnligt vainsinne på Själsö hospital 1889–1944*. Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Ahlbeck-Rehn, Jutta (2007) Irrationalitet och fara: Kring menstruationens medicinska diskurs vid 1900-talets början. Teoksessa Elina Oinas & Jutta Ahlbeck-Rehn (toim.) *Kvinnor, kropp och hälsa*. Lund: Studentlitteratur, 45–63.
- Ahmed, Sara (2008) Open Forum Imaginary Prohibitions: Some Preliminary Remarks on the Founding Gestures of the “New Materialism”. *European Journal of Women’s Studies* 15:1, 23–39.
- Ashorn, Ulla, Lea Henriksson, Juhani Lehto & Paula Nieminen (toim.) (2010) *Yhteiskunta ja terveys: klassisia teoreettisia näkökulmia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Barad, Karen (1998) Getting Real: Technoscientific Practices and the Materialization of Reality. *differences: A Journal of Feminist Cultural Studies* 10:2, 87–126.
- Barad, Karen (2003) Posthumanist performativity: Toward an understanding of how matter comes to matter. *Signs*, 28: 3, 801–831.
- Barad, Karen (2007) *Meeting the Universe Halfway. Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. Durham: Duke University Press.
- Beauvoir, Simone de (2002) *Det andra könet*. Stockholm: Norstedt.

- Bergman, Solveig (2002) *The Politics of Feminism: Autonomous Feminist Movements in Finland and West Germany from the 1960s to the 1980s*. Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Bordo, Susan (1993) *Unbearable weight: Feminism, western culture, and the body*. Berkeley: University of California Press.
- Boston Women's Health Book Collective (1973) *Our Bodies, Ourselves*. New York: Simon & Schuster.
- Braidotti, Rosi (1991) *Patterns of Dissonance*. Cambridge: Polity Press.
- Broom, Dorothy (1991) *Damned if We Do: Contradictions in Women's Health Care*. Sydney: Allen & Unwin.
- Butler, Judith (1990) *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.
- Butler, Judith (1993) *Bodies that Matter: On the Discursive Limits of "Sex"*. Routledge, New York.
- Butler, Judith (2004) *Undoing Gender*. New York: Routledge.
- Charpentier, Sari (2006) Kiukku vaihdevuosioreena: Vaihdevuosien yksilöllistäminen työelämässä. *Sosiologia* 43:3, 181–195.
- Chesler, Phyllis (1972) *Women & Madness*. New York: Doubleday.
- Conrad, Peter & Joseph W. Schneider (1980) *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. St. Louis: C.V. Mosby.
- Conrad, Peter (1992) Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209–232.
- Conrad, Peter (2000) Medicalization, genetics, and human problems. Teoksessa Cloe E. Bird, Peter Conrad & Allen M. Fremont (toim.) *Handbook of Medical Sociology* (5. painos). Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall, 322–333.
- Corea, Gena (1985) *The Hidden Malpractice: How American Medicine Mistreats Women*. New York: Harper & Row.
- Cornell, Drucilla (1998) *At the Heart of Freedom: Feminism, Sex and Equality*. Princeton: Princeton University Press.
- Daly, Mary (1990) *Gyn/Ecology: The Metaethics of Radical Feminism*. Boston: Beacon Press.
- Deveaux, Monique (1999) Feminism and Empowerment: A Critical Reading of Foucault. Teoksessa Sharlene Hesse-Biber, Christina Gilmartin & Robin Lydenberg (toim.) *Feminist Approaches to Theory and Methodology: An Interdisciplinary Reader*. Oxford: Oxford University Press.
- Diamond, Irene & Lee Quinby (toim.) (1989) *Feminism & Foucault: Reflections on Resistance*. Boston: Northeastern University Press.
- Ehrenreich, Barbara & Deirdre English (1973) *Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness*. New York: The Feminist Press.

- Ehrenreich, Barbara & Deirdre English (1979) *For Her Own Good: 150 Years of the Experts' Advice to Women*. London: Pluto Press.
- Ettorre, Elizabeth & Elianne Riska (1995) *Gendered Moods: Psychotropics and Society*. London: Routledge & Kegan.
- Ettorre, Elizabeth & Elianne Riska (2001) Long-Term Users of Psychotropic Drugs: Embodying Masculinized Stress and Feminized Nerves. *Substance Use and Misuse* 36: 9&10, 1187–1211.
- Foucault, Michel (1967) *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. London: Tavistock.
- Foucault, Michel (1978) *The History of Sexuality: An Introduction, Vol. I*. New York: Vintage Books.
- Foucault, Michel (1980) Two Lectures. Teoksessa Colin Gordon (toim.) *Michel Foucault. Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972–1977*. Brighton: Harvester.
- Foucault, Michel (1984) Space, Knowledge and Power. Teoksessa Paul Rabinow (toim.) *The Foucault Reader*. New York: Pantheon.
- Foucault, Michel (2000) *Tarkeilla ja rangaista*. Helsinki: Otava.
- Franck, Mia (2009) *Frigjord oskuld: Heterosexuellt mognadsimperativ i svensk ungdomsroman*. Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Frank, Arthur W. (1990) Bringing bodies back in: A decade review. *Theory, Culture & Society* 7, 131–162.
- Haraway, Donna J. (1991) *Simians, cyborgs, and women: The reinvention of nature*. New York: Routledge.
- Harding, Sandra (toim.) (1987) *Feminism and Methodology: Social Science Issues*. Bloomington: Indiana University Press.
- Harding, Sandra (1991) *Whose Science? Whose Knowledge?* Buckingham: Open University Press.
- Harjunen, Hannele (2009) *Women and fat: Approaches to the social study of fatness*. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Hartsock, Nancy (1990) Foucault on Power: A Theory for Women? Teoksessa Linda Nicholson, Linda (toim.) *Feminism/Postmodernism*. New York: Routledge.
- Haug, Frigga et al. (1987) *Female Sexualization. A Collective Work of Memory*. London: Verso.
- Hirdman, Yvonne (2003) *Genus: om det stabila föränderliga former*. Malmö: Liber.
- Holmberg, Per, Harriet Holter, Rita Liljeström, Elina Haavio-Mannila (1966) *Kynne eller kön? Om könsrollerna i det moderna samhället: En debattskrift under medverkan av bl.a. Per Holmberg, Harriet Holter, Rita Liljeström, Elina Haavio-Mannila*. Stockholm: Rabén & Sjögren.

- Holter, Harriet (1970) *Sex Roles and Social Structure*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Honkanen, Katriina (2007) Equality Politics out of the Subaltern. Teoksessa Eva Magnusson, Malin Rönblom, Harriet Silius (toim.) *Cracks in the Equality Façade*. Eslöv: Gondolin.
- Honkasalo, Marja-Liisa (1988) *Oireiden ongelma: Sosiaalilääketieteellinen tutkimus oireista, niiden esiintymisestä ja merkityksistä kahda tutkimusmenetelmää käyttäen*. Helsinki: Kansanterveystieteen laitos.
- Honkasalo, Marja-Liisa (2004) Jotain jää yli. Ruumillisuus konstruktionismin ja eletyn jälkeen. Teoksessa Eeva Jokinen, Marja Kaskisaari & Marita Husso (toim.) *Ruumis töihin. Käsité ja käytäntö*. Tampere: Vastapaino, 305–328.
- Honkasalo, Marja-Liisa (2008) *Reikä sydämessä: Sairaus pohjoiskarjalaisessa maisemassa*. Tampere: Vastapaino.
- Hughes, Alex & Anne Witz (1997) Feminism and the Matter of Bodies: From de Beauvoir to Butler. *Body & Society* 3:1, 47–60.
- Irni, Sari (2010) *Ageing apparatuses at work: Transdisciplinary negotiations of sex, age and materiality*. Åbo: Åbo Akademi University Press.
- Johannisson, Karin (1994) *Den mörka kontinenten: Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedt.
- Jokinen, Eeva, Marja Kaskisaari & Marita Husso (toim.) (2004) *Ruumis töihin! Käsité ja käytäntö*. Tampere: Vastapaino.
- Julkunen, Raija (2010) *Sukupuolen järjestykset ja tasa-arvon paradoksit*. Tampere: Vastapaino.
- Jungar, Katarina (2011) *Long live: Hiv activism, knowledge and power*. Åbo: Åbo Akademi University Press.
- Jungar, Katarina & Oinas, Elina (2010) A feminist struggle? South African HIV activism as feminist politics. *Journal of International Women's Studies*, 11(1). Saatavissa <http://www.bridgew.edu/soas/jiws/May10/JIWS_Vol_11_no._1_Feminist_activism_HIV_S._Africa_FINAL_Formatted.pdf> Haettu 20.6. 2011
- Jungar, Katarina & Oinas, Elina (2011) Beyond agency and victimization: Re-reading HIV and AIDS in African contexts. *Social Dynamics*, 37:2, 248–262.
- Jäntti, Saara (2012) *Bringing Madness Home: The Multiple Meanings of Home in Janet Frame's "Faces in the Water" (1961), Bessie Head's "Question of Power" (1974) and Lauren Slater's "Prozac Diary" (1998)*. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Kangas, Ilka, Sakari Karvonen ja Annika Lillrank (toim.) (2000) *Terveys sosiologian suuntauksia*. Helsinki: Gaudeamus.

- Katz Rothman, Barbara (1989) *Recreating Motherhood: Ideology and Technology in a Patriarchal Society*. New York: WW Norton.
- Keskinen, Suvi (2005) *Perheammattilaiset ja väkivaltatyön ristiriidat: Sukupuoli, valta ja kielelliset käytännöt*. Tampere: Tampere University Press.
- Kinnunen, Merja & Päivi Korvajärvi (toim.) (1996) *Työelämän sukupuolistavat käytännöt*. Tampere: Vastapaino.
- Kivinen, Marika (2007) Underlivet beskådat: En postkolonial läsning av talet om kvinnoförtryck. Teoksessa Elina Oinas & Jutta Ahlbeck-Rehn (toim.) *Kvinnor, kropp och hälsa*. Lund: Studentlitteratur: 195–214.
- Koivunen, Anu & Marianne Liljeström (toim.) (1996) *Avainsanat: 10 askelta feministiseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Krieger, Nancy & Elizabeth Fee (1994) Man-made medicine and women's health: The biopolitics of sex/gender and race/ethnicity. Teoksessa Elizabeth Fee & Nancy Krieger (toim.) *Women's Health, Politics, And Power: Essays on Sex/Gender, Medicine, And Public Health*. New York: Baywood Publishing.
- Kyrölä, Katariina (2010) *The weight of images: Affective engagements with fat corporeality in the media*. Turku: University of Turku.
- Lahelma, Eero, Sara Arber, Katariina Kivela, Eva Roos (2002) Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances. *Social Science & Medicine*, 54:5, 727–740.
- Lacan, Jacques (1982) *Écrits: A selection*. London: Tavistock.
- Lappalainen, Päivi (2003) Kun mieli järkkyy. Mielisairauden problematiikkaa nuortenromaaneissa. Teoksessa Päivi Heikkilä-Halttunen ja Kaisu Rättyä (toim.) *Nuori kirjan peilissä. Nuortenromaanit 2000-luvun taitteessa*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 30, 45–67.
- Launis, Kati (2005) *Kerrotut naiset: Suomen ensimmäiset naisten kirjoittamat romaanit naisuuden määrittelijöinä*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Liljeroth, Pia (2009) *Rädsla inför förlossningen – ett uppenbart kliniskt problem? Konstruktionen av förlossningsrädsla som medicinsk kategori*. Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Lorber, Judith (1994) *Paradoxes of Gender*. New Haven: Yale University Press.
- Lorber, Judith (1997) *Gender and the Social Construction of Illness*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Lupton, Deborah (1997) Foucault and the medicalisation critique. Teoksessa Alan Petersen & Robin Bunton (toim.) *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge.
- Lykke, Nina (2003) Intersektionalitet – ett användbart begrepp för genusforskningen. *Kvinnovetenskaplig Tidskrift*, 23:1, 47–56.
- Marander-Eklund, Lena (1998) Naturlighet och medikalisering i kvinnors förlossningsberättelser. Teoksessa Tove Ingebjorg Fjell, Charlotte Hagström, Lena Marander-Eklund, Susanne Nylund Skog (toim.) *Naturlighetens positioner: Nordiska kulturforskare om födsel och föräldraskap*. Åbo: NNF Publications 1, 71–95.
- Markkola, Pirjo (2002) *Synti ja siveys: Naiset, uskonto ja sosiaalinen työ Suomessa 1860-1920*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Martin, Emily (1987) *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Milton Keynes: Open University Press.
- McNay, Lois (1992) *Foucault and Feminism: Power, Gender and the Self*. Boston: Northeastern University Press.
- Mohanty, Chandra Talpade (1991) Under Western Eyes: Feminist scholarship and colonial discourses. Teoksessa Chandra Talpade Mohanty, Ann Russo & Lourdes Torres (toim.) *Third World Women and the Politics of Feminism*. Indianapolis: Indiana University Press, 51–80.
- Oinas, Elina (1996) Maskinen Mor: Hur den kvinnliga anatomin representeras i den fertilitetsfixerade medicinska diskursen. Teoksessa Harriet Silius & Sirpa Wrede (toim.) *Moderskap och reproduktion. Möjligheter och marginaler*. Åbo: Publikationer från Institutet för Kvinnoforskning vid Åbo Akademi, nr 9, 56–79.
- Oinas, Elina (1998) Medicalization by whom? Accounts of Menstruation conveyed by Young Women and Medical Experts in Medical Advisory Columns. *Sociology of Health and Illness*, 20:1, 52–70.
- Oinas, Elina (2001) *Making Sense of the Teenage Body: Sociological Perspectives on Girls, Changing Bodies, and Knowledge*. Åbo: Åbo Akademi University Press.
- Oinas, Elina & Ahlbeck-Rehn Jutta (toim.) (2007) *Kvinnor, kropp och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Oinas, Elina & Arnfred, Signe (2009) Introduction: Sex & Politics – Case Africa. *NORA – Nordic Journal of Feminist and Gender Research* 17:3, 149–157.
- Ojanen, Karoliina (2011) *Tyttöjen toinen koti - Etnografinen tutkimus tyttö-kulttuurista ratsastustalleilla*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran toimituksia 1319.
- Patton, Cindy (1990) *Inventing AIDS*. New York: Routledge.

- Pulkkinen, Tuija (2000) *The Postmodern and Political Agency*. Jyväskylä: SoPhi.
- Puuronen, Anne (2005) "Fat free individual": Ideal citizenship and the anorexic body. Teoksessa Tommi Hoikkala, Pekka Hakkarainen & Sofia Laine (toim.) *Beyond Health Literacy: Youth Cultures, Prevention and Policy*. Helsinki: Finnish Youth Research Network/Finnish Youth Research Society, Publications 52, 103–120.
- Ramazanoglu, Caroline (toim.) (1993) *Up Against Foucault: Explorations of Some Tensions between Foucault and Feminism*. London: Routledge.
- Ramazanoglu, Caroline & Holland, Janet (2002) *Feminist Methodology: Challenges and Choices*. London: Sage.
- Reinikainen, Marjo-Riitta (2008) Disablistic Practices of Womanhood. *NORA - Nordic Journal of Feminist and Gender Research* 16:1, Pages 19–32.
- Richey, Lisa & Ponte, Stefano (2011) *Brand Aid. Shopping Well to Save the World*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Riessman, Catherine Kohler (1983) Women and medicalization. *Social Policy* 14, 3–18.
- Riska, Elianne (toim.) (1997) *Images of Women's Health: The Social Construction of Gendered Health*. Åbo: Åbo Akademi.
- Riska, Elianne (2001) *Medical Careers and Feminist Agendas: American, Scandinavian, and Russian women physicians*. New York: Aldine de Gruyter.
- Riska, Elianne (2003) Gendering the medicalization thesis. Teoksessa Marcia Segal and Vasilikie Demos (toim.) *Advances in Gender Research: Gender Perspectives on Health and Medicine*. London: Elsevier: 59–87.
- Roberts, Helen (toim.) (1990) *Women's Health Counts*. London: Routledge.
- Rossi, Leena-Maija (2010) Sukupuoli ja seksuaalisuus, erosta eroihin. Teoksessa Tuija Saresma, Leena-Maija Rossi & Tuula Juvonen (toim.) *Käsikirja sukupuoleen*. Tampere: Vastapaino.
- Ruzek, Sheryl Burt (1978) *The Women's Health Movement: Feminist Alternatives to Medical Control*. New York: Praeger.
- Schwarzer, Alice (1983) *So fing es an: Die neue Frauenbewegung*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Showalter, Elaine (1987) *The Female Malady*. London: Virago.
- Skeggs, Beverley (1997) *Formations of Class and Gender: Becoming Respectable*. London: Sage.

- Smith-Rosenberg, Carroll (1985) *Disorderly Conduct: Visions of Gender in Victorian America*. New York: Oxford University Press.
- Spivak, Gayatri Chakravorty (1988) Can the Subaltern Speak? Teoksessa Cary Nelson & Larry Grossberg (toim.) *Marxism and the Interpretation of Culture*. Chicago: University of Illinois Press.
- Stoler, Ann (2002) *Carnal Knowledge and Colonial Power*. Berkeley: University of California Press.
- Thompson, Charis (2005) *Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. Cambridge Mass.: The MIT Press.
- Tuohela, Kirsi (2001) Naiseus ja sairaus 1800-luvun lopun kulttuurissa. Naiskirjailija kivun ja kirjoittamisen kentässä. Teoksessa Heidi Grönstrand, Päivi Lappalainen & Kati Launis (toim.) *Lähi kuvasa nainen. Näköaloja 1800-luvun kirjalliseen kulttuuriin*. Helsinki: SKS.
- Tuohela, Kirsi (2008) Huhtikuun tekstit: Kolmen naisen koettu ja kirjoitettu melankolia 1870–1900. Helsinki: SKS.
- Tuori, Salla (2009) *The politics of multicultural encounters: Feminist postcolonial perspectives*. Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Uimonen, Minna (1999) *Hermotumisen aikakausi: Neuroosit 1800- ja 1900-lukujen vaihteen suomalaisessa lääketieteessä*. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura.
- Weitz, Rose (toim.) (1998) *The Politics of Women's Bodies: Sexuality, Appearance and Behavior*. Oxford: Oxford University Press.
- Westlund, Jennie (2007) Hur får en kvinnokropp se ut? Om kön och kroppslighet i spåren av bröstcancer. Teoksessa Elina Oinas & Jutta Ahlbeck-Rehn (toim.) *Kvinnor, kropp och hälsa*. Lund: Studentlitteratur, 93–118.
- Widerberg, Karin (1995) *Kunskapens kön: Minnen, reflektioner och teori*. Stockholm: Norstedt.
- Wilson (2004) *Psychosomatic: Feminism and the Neurological Body*. Durham: Duke University Press.
- Wrede, Sirpa (2001) *Decentering care for mothers: The politics of midwifery and the design of Finnish maternity services*. Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Young, Iris Marion (1997) *Intersecting Voices: Dilemmas of Gender, Political Philosophy, and Policy*. New Jersey: Princeton University Press.
- Österlund, Maria (2005) *Förklädda flickor: Könsoverskridning i 1980-talets svenska ungdomsroman*. Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Östman, Ann-Catrin (2000) *Mjök och jord: Om kvinnlighet, manlighet och arbete i ett österbottniskt jordbrukssamhälle ca 1870–1940*. Åbo: Åbo Akademis förlag.